

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

118

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre, Marie, André BAUDRY

Externe des Hôpitaux de Paris

Interne Provisoire des Hôpitaux de la Région de Paris

Né le 30 Novembre 1934, à EPERNAY (Marne)

Présentée et soutenue publiquement le

LES MANIFESTATIONS NEUROPSYCHIQUES
DANS L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE

A propos de dix observations

Président : Monsieur H. GALLIARD (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI°

1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Pierre, Marie, André BAUDRY
Né le 30 Novembre 1934 à EPERNAY (Marne)
Externe des Hôpitaux de Paris
Interne Provisoire des Hôpitaux de la Région
de Paris

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

LES MANIFESTATIONS NEUROPSYCHIQUES DANS
L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE

A PROPOS DE DIX OBSERVATIONS

--

Président : Monsieur H. GALLIARD (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1962



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BUL-
LIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C),
DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P),
LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M),
MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H),
MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAIL-
LIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C),
SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jean VERNE

I x. PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
Cliniques chirurgicales (Cochin)	QUENU (J)
(Hôtel-Dieu	PATEL
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovascu- laire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin	BROUET
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nu- trition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	VARANGOT
obstétricales (Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités (ch. à t.pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la première enfance (Troussseau)	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée,	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thép.générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	PARROT
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C) COUINAUD (C) OLIVIER (G) GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr.s.ch.
Anatomie pathologique	BUSSE (F) GOUYGOU (Ch) ORCEL (L) (PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G) (NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) pr.s.ch. POLONOVSKI (J) m.conf. SCHAPIRA (G) pr.t.p.
Carcinologie	DENOIX (P) MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	(CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R) DUPONT (V) DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M)
Médecine du travail	(ALBAHARY (C)
Neurologie	(LHERMITTE (F) GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P) SARAUX (H) DUDET (R)
Orthopédie	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	(DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C) pr.s.ch. CHABAUD (A) BARCAT (J) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl)
Pathologie chirurgicale	(FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	(SCHNEIDER (J)

MM.

Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
Pathologie expérimentale	(MAURICE (J)
	(PLAS (F)
	(RICHT (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
Pathologie médicale	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H)m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie	(DEJOURS (P)
Physique médicale	(GOUGEROT (L)m.conf.
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B)
Psychiatrie	(FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D)
Rhumatologie	(DELBARRE (F)
Stomatologie	(CERNEA (F)
	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr.
	(GRELLET (M)
Thérapeutique	(CHASSAGNE (P)
	(LAMOTTE (M)
Urologie	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	(ABOULKER (P)		(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	Clinique	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)	obstétricale	(RAVINA (J)
Clinique	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
chirurg.	(PADOVANI (P)	ophthalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique	
	(ROUX (M)	oto-rhino-	(MADURO (R)
	(VERNE (J.M.)	laryng.	
	(HAGUENEAU (J)	Clinique	
	pr.s.ch.	pédiatrique	(LAPLANE (R)
Clinique	(DOMART (A)	et puéricul-	
médicale	(PERRAULT (M)	ture	
	(RAMBERT (P)	Clinique	(BARUK (H)
	(THIEFFRY (S)	psychiatrique	
		Clinique	(KUSS (R)
		urologique	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H)
	Melle CHAINTREUIL (G)
	Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père,

A ma Mère,

Avec toute mon affection

A ma Femme,

A ma Fille,

Avec toute ma tendresse

A mes Amis

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur GALLIARD,

Professeur de la Chaire de Parasitologie
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie Nationale de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse,

En hommage de respectueuse re-
connaissance.

A mes Maîtres d'Externat des
Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur NICOLAS,
Médecin Chef de l'Hôpital Franco-Musulman

En remerciement pour les conseils
si précieux qu'il a bien voulu
me prodiguer.

LES MANIFESTATIONS NEUROPSYCHIQUES DANS
L'AMIBIASE INTESTINALE CHRONIQUE
A PROPOS DE DIX OBSERVATIONS

- I -

INTRODUCTION

:-:-

En l'espace de quelques mois, nous avons pu examiner et traiter une vingtaine de travailleurs Nord-Africains atteints de dysenterie amibienne.

Nous avons été frappés par les modalités évolutives particulières à ces parasitoses, puisque dans 50 p.cent des cas, la symptomatologie a été dominée par des phénomènes neuro-psychiques, allant de l'asthénie à l'état dépressif et à l'hypocondrie, voire, exceptionnellement, à des formes subdélirantes.

Nous nous sommes alors demandés quelle explication l'on pouvait donner à cette forme particulière de la dysenterie amibienne frappant des Algériens résidant en France depuis plusieurs années. Il est fort probable que l'infestation datait de loin, qu'elle connaissait une phase de latence, pour se rallumer spontanément, ou sous l'influence de circonstances étiologiques favorisantes. Quant à l'expression neuropsychique particulière prise ici avec une anormale fréquence, la consultation de la littérature médicale nous a montré que les dysenteries amibiennes de nos malades Nord-Africains correspondaient exactement aux formes dites neuro-végétatives de la parasitose et qu'elles n'en différaient,

somme toute, que par leur fréquence et par leur intensité.

De plus, selon en particulier les travaux de R. CATTAN, les formes neuro-végétatives d'amibiase sont particulièrement fréquentes en Afrique du Nord. Il n'y avait par conséquent aucune raison pour que cette fréquence ne se retrouve pas chez les travailleurs algériens transplantés en France, et au contraire, il nous semble que toutes les conditions étiologiques présentes chez eux ne pouvaient que multiplier et aggraver ces phénomènes neuro-psychiques.

Ces phénomènes prennent d'ailleurs des formes très variables, encore que dans nos observations, ce soit plutôt une question de degré qui en marque la différence d'un cas à l'autre. Ces manifestations peuvent d'ailleurs être telles, qu'elles occupent le devant de la scène, et réalisent de véritables "formes camouflées" de la dysenterie amibienne chronique. Les signes digestifs peuvent en effet demeurer très discrets, ou, s'ils existent, ils donnent lieu à un véritable état hypocondriaque, comme ce fut le cas chez plusieurs de nos malades. Par contre, le tableau comporte, au premier chef :

- des signes généraux, à type d'amaigrissement, d'asthénie,
- des troubles fonctionnels, céphalées, vertiges, états lipothymiques, palpitations (formes cardiaques fonctionnelles de l'amibiase)
- des troubles psychiques enfin, faits d'inquiétude, d'irritabilité, d'agoraphobie, d'hypocondrie, voire à l'extrême d'obsession et de délires.

Ces formes bien connues, encore qu'assez rarement observées en pratique courante, vont trouver un terrain particulièrement favorable chez les travailleurs Nord-Africains en Métropole : manque d'hygiène, séparation d'avec la famille, et aussi actuellement climat d'insécurité et de crainte même vis-à-vis des coreligionnaires.

° ° °

Les divers éléments neurovégétatifs de la dysenterie amibienne chronique sont connus et décrits depuis longtemps déjà, soit isolément, soit à titre de syndrome. On connaissait déjà les manifestations de cette sorte dans les affections du tractus digestif, et la médecine psychosomatique du siècle dernier, puis son récent regain après sa traversée d'Europe en Amérique, donna toute sa valeur à l'expression "psychique" de certaines lésions gastro-intestinales. Dans le cadre plus restreint de la dysenterie amibienne, il semble bien que ce soit MARIANO qui en 1925 ait signalé une anormale fréquence de céphalalgies à allure parfois hypocondriaque chez les amibiens. R. CATTAN en 1945, devait souligner l'importance des manifestations neuro-végétatives dans l'amibiase observée en Tunisie ; sous le terme de neuro-végétatif d'ailleurs l'auteur englobait un ensemble de phénomènes dont les uns étaient bien nettement végétatifs, mais les autres, nettement centraux, psychiques, nous y reviendrons. F. BLANC et SIGUIER en 1946 montraient que dans la dysenterie amibienne, il est possible d'observer certaines réactions péritonéales, à allure pseudo-appendiculaire, mais sans causes organiques. Dans leur Traité sur l'amibiase, F. BLANC et F. SIGUIER faisaient place aux

formes neuro-végétatives de la parasitose. A. CALO, en Tunisie, avait décrit dès 1946 les formes pseudo-cardiaques de l'amibiase, les malades consultant en cardiologie pour des troubles fonctionnels parfois intense, pouvant éventuellement altérer les tracés de l'ECG, alors qu'aucun substratum organique ne pouvait expliquer "ces faux cardiaques". P. CARNOT avait autrefois (1928) décrit des "fausses appendicites" chez les amibiens. CINTRO de PRADO, CONSTANTINI, DANA et CORCOS, dans les mêmes années, insistaient sur la fréquence de manifestations extra-digestives de la dysenterie amibienne, en particulier de la série neuro-végétative, mais aussi sur les tableaux abdominaux trompeurs susceptibles d'entraîner des erreurs de diagnostic, voire même des interventions inutiles. NIKLY en 1947 consacrait sa thèse aux manifestations extra-digestives de l'amibiase intestinale chronique, KRIEF décrit dans la sienne, la même année, les formes neurovegetatives de la dysenterie amibienne. Fait curieux, ces dernières années, alors que la notion en est classiquement admise, peu d'observations ont illustré ce type de manifestations. Nous n'avons en effet trouvé que le travail de CURVEILLE et collaborateurs, consacré aux modifications pathologiques de l'électrocardiogramme au cours de l'amibiase, en dehors de toute atteinte organique du coeur, (1956) et la communication de DAVIDOVITCH, de Toulouse, sur la forme neurovégétative de l'amibiase intestinale.

Dans les travaux récents enfin, il faut faire une place à l'étude de A. LAVIGNOLLES ; qui non seulement a décrit en détail le syndrome neurovégétatif amibien, mais a insisté sur le fait qu'il pouvait s'agir là d'une forme camouflée de l'amibiase intestinale

chronique. Lorsque les circonstances étiologiques se prêtent à une orientation du diagnostic vers l'amibiase, des manifestations comportant des signes généraux, un amaigrissement et une asthénie, des phénomènes fonctionnels à type de palpitations, céphalées, vertiges, lipothymies, algies sine materia, des troubles psychiques enfin, allant de l'inquiétude et l'angoisse à l'hypocondrie et aux états délirants, doivent faire penser à une amibiase chronique latente, et motiver les examens coprologiques correspondants, ainsi qu'un traitement d'épreuve. Dans le cas princeps de MARIANO et CASTEX, des céphalalgies persistantes avaient motivé pendant des années les traitements les plus divers, toujours inopérants, jusqu'à ce que parmi les multiples examens systématiques pratiqués, la découverte d'*Entamoeba Histolytica* ait été suivie d'une cure émetinienne qui fit disparaître les algies. R. CATTAN propose de grouper les formes neurovégétatives de la dysenterie amibiennne en formes cardiaques, formes fonctionnelles avec troubles généraux, enfin formes neuropsychiques. Nous pensons qu'il est difficile d'adopter cette distinction, au moins dans les cas que nous avons observés et où une symptomatologie a précisément réuni ces divers éléments : c'est pourquoi nous avons parlé de formes neuropsychiques, plutôt que de formes neurovégétatives, tout en reconnaissant que les faits que nous avons observés rentrent parfaitement dans le cadre classique des dysenteries amibiennes à expression neurovégétative importante, parfois dominante. Pourtant chez tous nos malades, l'attention avait été attirée vers le tractus digestif, étant donné l'amaigrissement, constant, les troubles du transit, constipation, diarrhée glaireuse et sanglante, les douleurs abdominales, bien que souvent atypiques, qui ne manquèrent jamais.

Nous avons donc adopté le plan de travail que voici :

après l'exposé des dix observations qui, sur vingt cas de dysenterie amibienne chronique du Nord-Africain, comportent une note neuropsychique plus ou moins accentuée, nous envisagerons les circonstances étiologiques particulières à nos malades, et peut-être susceptibles d'expliquer l'anormale fréquence et l'anormale intensité des manifestations neuropsychiques chez ces Amibiens ;

puis nous décrirons ce que les classiques appellent formes neuro-végétatives de l'amibiase intestinale chronique, et qui comportent les éléments mêmes qu'il nous a été donné d'observer ;

nous terminerons par une discussion physiopathogénique, qui soulèvera plus d'hypothèses qu'elle n'apportera de conclusions décisives, puisqu'on a pu alléguer une théorie mécanique, une théorie réflexe, une théorie toxique, une théorie allergique, le rôle de l'infection associée à la parasitose, pour rendre compte de ce retentissement neuropsychique de la dysenterie.

- II -

OBSERVATIONS

-:-

I.H... Mohamed, 37 ans, ouvrier spécialisé chez Renault, en France depuis 1950, marié, deux enfants, sa famille vivant en Algérie, ne présente aucun antécédent pathologique notable. Le 20 novembre 1959, il est admis à l'Hôpital Franco-Musulman pour :

- douleurs abdominales prédominant dans les deux fosses iliaques ;
- diarrhée avec selles glaireuses et sanglantes ;
- altération importante de l'état général, amaigrissement, fatigue très grande, polyalgies.

Le diagnostic de dysenterie amibienne n'est affirmé qu'après plusieurs examens de selles après réactivation. Le traitement est entrepris, mais les résultats fonctionnels sont très imparfaits. Le malade se plaint :

- d'une constipation tenace,
- d'une grande asthénie persistante.

De janvier à mai 1960, le malade est suivi par plusieurs médecins en ville ; ils pratiquent de nombreux examens radiologiques, deux lavements barytés, deux transits gastro-duodénaux, et les arrêts de travail se succèdent.

En mai 1960, le malade est revu à la consultation :

- sa constipation est devenue une véritable obsession, toute son activité se trouve accaparée par ses besoins d'exonération ; par ailleurs, il manifeste une tendance dépressive nette, sa maladie l'a rendu inapte à tout travail. Il a d'ailleurs perdu sa place par suite de ses absences répétées, dont certaines sont injustifiées.

En définitive, il est réadmis à l'hôpital pour que soit fait le point de son état psychique, son amibiase semblant éteinte. Une psychothérapie est alors entreprise ; ses résultats sont favorables, mais après une échéance de deux mois, et quand le malade quitte l'hôpital, il est considéré comme guéri.

Depuis cette date, il a été perdu de vue, ayant négligé de se faire suivre comme nous ne lui avions conseillé.

°°°

II - H... Mammar, 28 ans, manoeuvre en fonderie, est en France depuis 1947, il est retourné en Algérie à trois reprises, la dernière fois en septembre 1959. Il est marié, a trois enfants mais sa famille est restée en Algérie.

Aucun antécédent pathologique jusqu'en juin 1960.

Le 7 juillet 1960, il est admis à l'hôpital Franco-Musulman pour :

- des douleurs abdominales assez intenses, siégeant dans la fosse iliaque gauche, d'où elles irradient à tout l'abdomen ;

- des rectorragies assez abondantes, accompagnant les selles ;
- une dysurie avec pollakiurie ;
- un état général médiocre : pâleur, amaigrissement, fièvre oscillant autour de 39°.

Les examens complémentaires permettent de porter le diagnostic de :

pyélonéphrite à pyocyanique,
dysenterie amibienne.

Le malade reçoit alors simultanément :

une cure d'émétine,
un traitement antibiotique, efficace pour son infection urinaire.

L'évolution est ainsi favorable, mais de septembre 1960 à mars 1961, on va assister à plusieurs rechutes de l'infection urinaire, imposant la poursuite de l'hospitalisation. Finalement, le malade sort le 3 mars 1961 :

il persiste encore quelques douleurs abdominales que le malade considère comme non gênantes ;
l'infection urinaire semble définitivement jugulée, et les différentes explorations entreprises dans ce sens sont négatives. Enfin, malgré la très longue hospitalisation, l'état psychique est normal, et le malade décidé à reprendre son travail.

Pourtant, le 8 mai 1961 il est réadmis à l'hôpital, car il présente depuis une dizaine de jours :

- des douleurs abdominales très vives,
- des rectorragies,
- une diarrhée importante avec 10 à 15 selles glaireuses et sanglantes chaque jour

- un amaigrissement de 10 kg depuis mars.

L'hypothèse d'une rechute amibienne n'est pas confirmée, malgré des examens répétés et une technique parfaite. L'hypothèse d'une colite post-amibienne n'est pas retenue devant la persistance et l'aggravation des symptômes malgré un traitement symptomatique.

L'hypothèse d'une recto-colite hémorragique un instant soulevée, doit aussi être éliminée.

En définitive, le 25 mai on tente un traitement émétinien d'épreuve, mais ses résultats sont nuls.

C'est ainsi qu'on assiste progressivement à la constitution d'un état dépressif et mélancolique difficilement contrôlable par la thérapeutique. Force est donc de prolonger l'hospitalisation.

Enfin, en août 1961, une nouvelle série d'examens de selles permet de découvrir des amibes dysentériques pathogènes. Une nouvelle cure d'émétine est donc entreprise suivie là encore d'un traitement par direxiode-colipar. Les signes fonctionnels sont alors progressivement améliorés, et il ne persiste que des douleurs coliques assez vagues. Mais sur le plan psychique, les résultats sont nuls : le malade est apathique, indifférent.

Ce n'est que le 25 septembre qu'on l'autorise à quitter l'hôpital, car son état mental est acceptable.

Enfin, le 3 novembre 1961, le malade est à nouveau admis, les signes qui avaient motivé son admission six mois plus tôt étant réapparus, et il existe, de plus un syndrome hypochondriaque très net. Le malade se dit

"réduit à rien, il n'est plus un homme, son ventre se décompose", etc...

La rechute de la dysenterie amibienne est rapidement confirmée et, jointe aux troubles psychiques, elle pose actuellement un problème bien délicat.

°°°

III - B... Abdallah, 34 ans, manoeuvre en fonderie, en France depuis 1958, marié, trois enfants, sa famille étant restée en Algérie, ne présente aucun antécédent pathologique notable. Il est admis à l'Hôpital Franco-Musulman le 14 janvier 1956 pour :

- un syndrome grippal,
- une symptomatologie très évocatrice de dysenterie amibienne apparue progressivement depuis trois mois.

Le diagnostic d'amibiase est rapidement confirmé. On note par ailleurs l'existence d'un goitre banal modéré sans signe de dysfonctionnement thyroïdien.

Sous l'effet du traitement classique son état est assez vite amélioré.

De 1956 à 1960, le malade est suivi en ville de façon très irrégulière :

- une constipation tenace persiste ;
- le malade travaille très irrégulièrement car il se plaint d'algies multiples, d'une asthénie permanente et il semble qu'il soit apparu de façon progressive un état dépressif.

Le 20 avril 1960 le malade est réadmis, car il présente :

- des rectorragies, et surtout,
- un état dépressif.

On élimine l'hypothèse d'une récurrence de l'amibiase, et le malade reçoit un traitement euphorisant, qui amène une amélioration très appréciable.

Le malade quitte l'hôpital le 15 juin.

Enfin, en octobre, il est revu à la consultation. L'état dépressif est réapparu et le malade n'a pas repris son travail depuis juin. Devant son état, on est obligé de le diriger sur un centre spécialisé.

°°°

IV - A... Tahar, 25 ans, garçon de salle, en France depuis 1959, célibataire, ne présente aucun antécédent pathologique notable. En janvier 1961, il est vu à la consultation de médecine de l'Hôpital Franco-Musulman pour des douleurs abdominales vagues avec asthénie et pâleur progressive.

Un examen de selles pratiqué à titre systématique permet de découvrir une dysenterie amibienne.

Une cure d'émétine est alors entreprise, suivie d'un traitement d'entretien. Les résultats immédiats sont favorables.

En mars 1961, le malade présente à nouveau des douleurs abdominales, mais s'y associent :

- des algies multiples, dont on ne peut prouver l'organicité ;
- une irritabilité importante accompagné d'un état dépressif.

Une étude patiente et attentive sur le plan psychologique permet d'éliminer un autre facteur.

Le malade est alors à nouveau hospitalisé.

L'hypothèse d'une rechute amibienne est éliminée. Un traitement sédatif et euphorisant vient rapidement à bout des troubles psychiques. Depuis, le malade est régulièrement suivi, il a repris son travail, et aucun incident n'a été noté.

°°°

V - A... Ahmed, 39 ans, manoeuvre dans le bâtiment, en France depuis 1959, marié, 5 enfants, sa famille vivant en Algérie, ne présente aucun antécédent pathologique notable jusqu'en août 1960 ; le 17 août 1960, il est admis à l'Hôpital Franco-Musulman, car il se plaint de :

- douleurs abdominales vagues,
- vertiges non systématisés,
- et surtout parce que l'interrogatoire indique l'existence de glaires dans les selles.

On met alors rapidement en évidence :

- une dysenterie amibienne,
- un goitre banal sans signe de dysthyroïdie (le malade est Kabyle).

La cure d'émétine puis le traitement d'entretien, amènent un résultat favorable : à sa sortie le malade ne présente plus que de très vagues douleurs abdominales.

Mais d'octobre 1960 à février 1961, le ma-

lade est revu périodiquement à la consultation pour des troubles variés :

- douleurs abdominales,
- vertiges,
- fatigue.

On assiste ainsi à la constitution d'un état dépressif, notre patient se prétend malade, sans forces, malgré un état général floride, et refuse toute reprise du travail. Une brève hospitalisation permet de l'améliorer sur le plan psychique, et nous le perdons momentanément de vue.

En novembre 1961, nous avons revu ce malade, qui présentait alors un syndrome dépressif net accompagné d'une petite note délirante. Une étude attentive a permis de penser que c'est dans son amibiase passée qu'il faut chercher l'origine de ces troubles.

° ° °

VI - A... Ahmed, 43 ans, manoeuvre, en France depuis 1951, est marié, avec quatre enfants ; sa famille vit en Algérie. Il m'a présenté aucun antécédent pathologique notable jusqu'en 1953, date à laquelle il aurait été hospitalisé à Lyon pour une dysenterie amibienne, et il aurait été suivi régulièrement pendant six mois.

De 1953 à 1956, il travaille régulièrement, mais se plaint de troubles du transit intestinal : alternative de diarrhée et de constipation, avec douleurs abdominales fréquentes.

En 1956 survient un traumatisme crânien sans fracture, lors d'un accident du travail.

De 1956 à 1960, il travaille très irrégulièrement car il se plaint d'une fatigue permanente ; puis apparaît un état dépressif, car le malade s'est vu refuser une pension pour son accident ; une seconde expertise, faite à ses frais, a donné les mêmes résultats négatifs.

En août 1960, le malade est hospitalisé à Lariboisière pour un syndrome ulcéreux, mais à cette époque on ne parle pas d'amibiase.

Enfin, en octobre 1960, le malade est hospitalisé à l'Hôpital Franco-Musulman pour la persistance de ses douleurs épigastriques et les examens coprologiques systématiques mettent en évidence une dysenterie amibienne.

Le malade reçoit alors :

- une cure d'émétine ;
- un traitement d'entretien par direxiode et bismuth ;
- une psychothérapie douce.

On obtient ainsi des résultats favorables tant sur le plan fonctionnel que sur le plan psychiatrique. Le malade est ensuite rapatrié en Algérie devant son insistance.

°°°

VII - B... Mohamed, 39 ans, chauffeur, en France depuis 1957, marié, cinq enfants, sa famille vivant en Algérie, ne présente aucun antécédent pathologique notable jusqu'en 1959. Au printemps 1959, il est hospitalisé à Beaujon pour des douleurs de la fosse iliaque droite, une constipation.

Le diagnostic d'appendicite aiguë est un

instant évoqué, puis rejeté.

L'examen des selles permet ensuite de porter le diagnostic de dysenterie amibienne.

Le malade reçoit alors le traitement habituel et est suivi pendant un an. Il présente des séquelles fonctionnelles modérées : petites douleurs abdominales, assez fréquentes dit-il, épisodes diarrhéiques au moindre refroidissement.

En mars 1961, il est admis à l'hôpital Foch pour un syndrome dysentérique évocateur d'amibiase. La preuve d'une récurrence amibienne est rapidement apportée, et une nouvelle cure d'émétine est entreprise.

Il semble, enfin, que vers mai 1961 le malade ait commencé à présenter une tendance hypocondriaque :

- il quitte son travail,
- il se considère comme "un homme fini",
- il voudrait se faire opérer "pour qu'on lui enlève tous les organes mauvais", etc..

Ce syndrome se trouvera très aggravé au mois de juillet, car le malade contracte alors une blennorragie.

Lorsque nous le voyons, en novembre 1961, le malade présente :

- une colite post-amibienne dont l'importance semble considérablement majorée,
- un syndrome hypocondriaque auquel s'est associée une obsession sexuelle : le malade est hanté par sa blennorragie. Il recherche en permanence s'il n'a pas d'écoulement purulent, etc...

En définitive, nous sommes obligés de le

diriger sur l'Hôpital Henri-Rouselle.

°°

VIII - A... Afcène, 29 ans, manoeuvre, en France depuis 1955, marié, deux enfants, sa famille vivant en Algérie, n'a présenté aucun antécédent pathologique notable jusqu'en avril 1957. En mai 1957 apparaissent :

- des douleurs abdominales diffuses, avec prédominance dans les fosses iliaques,
- une constipation opiniâtre, d'apparition récente,
- un amaigrissement modéré avec asthénie.

Le 5 juin 1957, il consulte à l'Hôpital Franco-Musulman où il est hospitalisé.

Un examen de selles pratiqué révèle la présence d'amibes dysentériques pathogènes.

Le malade reçoit donc une cure d'émétine (0,64 g pour 60 kg), puis un traitement d'entretien par le diroxiode.

Il quitte l'hôpital le 20 juillet, en bon état général. Depuis août 1957 jusque mars 1960, le malade ne se fait plus suivre à l'hôpital, mais :

- il se plaint toujours de douleurs abdominales qui sont à l'origine de nombreux arrêts de travail ;
- il semble présenter une tendance hypochondriaque de plus en plus nette.

Le 16 mars 1960, il est réadmis à l'Hôpital Franco-Musulman ; son état général est alors très médiocre.

Les manifestations fonctionnelles sont inchangées, et semblent majorées par le malade qui déclare "avoir mal partout". Il est nettement hypocondriaque : "lui qui n'avait jamais été malade, qui portait 100 kg sur le dos, n'est plus un homme, a les intestins pourris", etc...

On discute ainsi plusieurs hypothèses, dont la récurrence de l'amibiase. Celle-ci est d'ailleurs rapidement confirmée par les examens coprologiques.

Le malade est donc mis au traitement classique auquel on ajoute des euphorisants, des sédatifs. Malgré cela, les troubles psychiques persistent .. Le malade veut, en particulier, qu'on l'opère pour lui enlever l'intestin dont il souffre depuis deux ans et demi.

Devant cet état dépressif et hypocondriaque tenace, on vient à proposer au malade une convalescence en Algérie, ce qui entraîne une transformation de son état : s'il se plaint toujours un peu de son abdomen, l'état psychique est transformé. Le malade parle de sa famille qu'il a quittée en 1955 et dont il n'a eu de nouvelles qu'à trois ou quatre reprises par des coreligionnaires ou de vagues parents ; il envisage une reprise de son travail. Il quitte l'Hôpital en juin 1960, très amélioré, mais présentant encore des séquelles psychiques de son amibiase chronique.

° ° °

IX - R... Saïd, 54 ans, manoeuvre, en France depuis 1948, marié avec sept enfants, sa famille vivant en Algérie, n'a présenté aucun antécédent pathologique notable.

C'est en mars 1960 qu'il est admis à l'Hôpital Franco-Musulman pour des manifestations remontant à trois mois :

- des douleurs abdominales à prédominance épigastrique, et dans la fosse iliaque gauche, avec constipation ;
- une exploration clinique complète ne permettant pas d'attribuer une étiologie précise à ces douleurs.

De mars 1960 à juillet 1961, les troubles persistent. Le malade accuse une asthénie importante, et les arrêts de travail se succèdent.

Le 19 juillet 1961, il est réadmis à l'Hôpital pour un nouveau bilan :

- un transit gastroduodénal, normal ;
- un lavement baryté, qui montre des lésions de colite non spécifique ;
- des examens de selles, qui au troisième examen, et après réactivation, ont mis en évidence des amibes dysentériques pathogènes.

Un traitement éméтинien est alors mis en oeuvre, et sous son effet les troubles fonctionnels semblent s'améliorer. Le malade quitte donc le service le 21 août 1961.

Depuis cette date, il a été suivi en consultation, mais n'a pas repris son travail de façon suivie.

Des troubles psychiques semblent en cours d'apparition, et le 3 novembre le malade est dirigé sur un autre hôpital faute de place pour l'admettre.

X - R... Amar, 30 ans, manoeuvre, en France depuis 1957, célibataire, présente les antécédents pathologiques suivants :
Hépatite virale en 1959, pour laquelle il aurait été hospitalisé à Lille ;
il aurait déjà été soigné "pour la dysenterie" en Algérie.

Il est admis à l'Hôpital Franco-Musulman en juin 1961, pour un tableau clinique très évocateur de dysenterie amibienne, auquel s'associait une nervosité extrême, avec tendance délirante à type de délire de persécution.

Le diagnostic d'amibiase sera rapidement confirmé et le traitement entrepris, mais les troubles psychiques prennent rapidement la première place.

Un traitement spécifique doit leur être opposé, et l'internement est même un instant envisagé.

Ces troubles vont cependant s'atténuer, et le malade va révéler l'existence d'ennuis d'ordre politique. Une convalescence en Algérie semble alors la meilleure solution à lui proposer.

- III -

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES PARTICULIERES A NOS OBSERVATIONS

-:-

On ne peut pas ne pas être frappé par le fait que dans 50 p.cent des cas de dysenterie amibienne chronique étudiés chez des travailleurs Nord-Africains, des manifestations neuropsychiques sont apparues, parfois assez importantes pour occuper le devant de la scène. Proportion qui s'oppose avec celle sans doute très faible, trouvée chez les Amibiens autochtones.

Comment faut-il, alors, expliquer la fréquence des formes neuropsychiques de l'amibiase intestinale chronique chez les Algériens ? S'agit-il d'une particularité de l'amibiase nord-africaine, ou de la transformation de celle-ci du fait de la transplantation des malades et des conditions de vie particulières, sociales, climatiques, alimentaires, qu'ils connaissent en France ?

Il est probable que de multiples facteurs vont jouer. Mais d'emblée, il nous faut retenir le terrain particulier à ces sujets, puisque R. CATTAN lui-même avait été frappé en 1945, alors qu'il n'y avait pas de problème de la main-d'oeuvre algérienne en France, par la fréquence des manifestations neuro-végétatives chez les Amibiens étudiés par lui en Tunisie. Cette tendance à une forme symptomatologique rare en France ne peut que s'accroître encore

du fait du déracinement des sujets, séparés de leur famille restée outre-Méditerranée, ou célibataires.

Nous pensons qu'il faut ici envisager :

le terrain propre aux Nord-Africains, et, ce qui est ici indissoluble, le terrain amibien algérien ; enfin, éventuellement, la responsabilité de la transplantation de l'amibiase algérienne en France, sous une forme habituellement latente ; nous connaissons donc une rechute, qui coïncide, (à moins qu'elle ne l'entraîne) avec la constitution d'un syndrome neuropsychique. Resterait enfin à discuter le rôle neurotoxique de l'émétine, mais nous verrons au contraire que souvent l'état psychique s'améliore à la suite du traitement anti-amibien : ce qui serait en faveur du retentissement direct de la parasitose sur l'état neuropsychique. Malheureusement les relations chronologiques sont loin d'être constantes et concluantes ; de plus au traitement proprement dit s'ajoutent des influences généralement favorables liées à l'hospitalisation du malade.

R. CATTAN a étudié l'amibiase intestinale chronique en Tunisie, où la moitié au moins de la population est parasitée si l'on se fonde sur les examens de laboratoire pratiqués en particulier par les services de l'Institut Pasteur de Tunis. Car, poursuit R. CATTAN, un observateur non averti laisserait échapper grand nombre d'amibiases, s'il ne retenait que les formes aiguës et compliquées. Les crises dysentériques se limitent souvent à une diarrhée sanglante ou non persistant deux à trois jours. Les abcès du foie sont rares. "Dans l'immense majorité des cas, la maladie revêt une forme camouflée où dominent les troubles neuro-végétatifs". Un médecin fran-

çais non entraîné risquerait de diagnostiquer une banale dystonie neuro-végétative.

R. CATTAN caractérise l'amibiase Nord-Africaine, dans ses formes neuro-végétatives, comme marquée par :

- un amaigrissement progressif, pouvant atteindre 7 ou 8 kg ;
- des vertiges, des lipothymies, ou même de véritables syncopes.

Le sujet éprouve brusquement dans la rue, ou au cours de son travail, une sensation de défaillance de quelques secondes, mais angoissante, s'accompagnant d'une sensation de faim, disparaissant dès l'ingestion d'un morceau de sucre, d'un biscuit ; s'y ajoute parfois une impression de dérobement des jambes, également très fugace. Ces malades parlent, à tort, de vertiges. Parfois les troubles vont jusqu'à la syncope, et même jusqu'à la crise convulsive chez les sujets prédisposés ;

- de l'angoisse née de la répétition, des accidents ; sensation d'insecurite, empêchant le malade de se déplacer seul, parfois véritable agoraphobie ;
- à un degré moindre, des troubles psychiques discrets, malades velléitaires, vite fatigués, n'allant jamais jusqu'au bout de leur effort, arrêtés par la moindre difficulté. Cette aboulie s'accompagne parfois d'une irritabilité qui prend le pas sur les autres symptômes. "Coléreux, nerveux, inquiets, anxieux, tels nous sont apparus bon nombre d'entre eux".

R. CATTAN poursuit :

ce mélange d'irritabilité, d'asthénie, d'anxiété, on a coutume de le mettre sur le compte

du tempérament racial, ou du climat. "Sans vouloir nier le rôle de l'hérédité ou l'action déprimante de la chaleur, nous croyons que ces faits sont souvent imputables à une colite amibienne latente. Nous avons obtenu de véritables transformations par le traitement spécifique". Cette description, qui s'applique mot pour mot à nos malades Nord-Africains en France, nous permet également d'exclure le rôle du climat, de retenir celui du terrain propre à ces sujets, et peut-être aussi à la nature même de la maladie amibienne algérienne, puis importée en France.

Enfin, les manifestations cardio-vasculaires fonctionnelles, à type de palpitations, tachycardie permanente, arythmie extrasystolique, rebelles aux traitements habituels, complètent le tableau de la dysenterie amibienne en Afrique du Nord, où les "faux cardiaques" encombrant les consultations spécialisées (A. CALO). Pourtant, forme et volume cardiaques ne sont pas modifiés, les tracés électrocardiographiques demeurent normaux, en ce qui concerne en tous les cas l'extériorisation d'une cause organique.

C'est un tel syndrome qui amène le malade à consulter, et à subir un examen très complet qui finalement va déceler l'infestation amibienne.

"En pratique Nord-Africaine, tous ces symptômes, que l'on n'aurait aucune peine à grouper dans le cadre des endo-sympathoses décrites jadis par E. MAY & H. GALLOT, doivent toujours attirer l'attention sur l'intestin, et faire rechercher des signes moins trompeurs de l'amibiase, cela d'autant plus que les antécédents vraiment dysentériques sont rares" (7 p.cent). On relève surtout dans les

anamnétiqnes récents ou éloignés, des épisodes diarrhéiques banaux, guérissant spontanément, et qui ne sont retrouvés que par un interrogatoire très soigneux du malade.

Pourtant l'examen clinique révèle des signes digestifs importants :

- douleur provoquée par la palpation des deux fosses iliaques, avec perception à gauche d'un sigmoïde spasmé, d'un caecum gargouillant, empâté, légèrement douloureux ;
- des signes gastriques, éructations, brûlures post-prandiales, ballonnements, nausées, en imposant pour une gastrite, une insuffisance hépatique, un ulcère gastro-duodénal, en fait expression d'altérations fonctionnelles neuro-végétatives à point de départ intestinal ; parfois syndrome d'allure appendiculaire chronique ;
- une douleur de la région hépatique, ou vésiculaire, traitée sans succès parfois pendant des années par les cholagogues, les cures thermales.

"Telle nous est apparue l'amibiase en Afrique du Nord. Extraordinairement répandue, camouflée sous des symptômes neurovégétatifs variés, peu riche en signes intestinaux, très souvent méconnue, soit que l'on traite les sujets qui en sont atteints de cénestopathies, ce qui est le plus fréquent, soit que l'on s'oriente vers des diagnostics tout différents".

Le diagnostic étiologique de ces manifestations est confirmé par l'efficacité du traitement spécifique ; "si le traitement est maintenu, si le malade n'est plus exposé à une nouvelle contamination, la guérison est

définitive. Le malheur est qu'en Afrique du Nord, les risques de contamination sont quotidiens". (R. CATTAN).

Nous pouvons donc parler d'une forme Nord-Africaine de la dysenterie amibienne : c'est à cette forme que nous avons affaire chez le travailleur algérien transplanté, et qui diffère sensiblement de l'amibiase autochtone, où les manifestations neuro-végétatives sont plus discrètes et plus rares. Mais transplantées, ces amibiases algériennes n'ont aucune raison de perdre leurs particularités, elles ont au contraire tout lieu de s'intensifier. Pourtant même dans les formes autochtones, on a été amené à considérer "la psychologie de l'amibien", et BLANC & SIGUIER ont insisté sur le retentissement neuro-végétatif de la parasitose. Pour DANA et CORCOS, dont les observations, il est vrai, sont également Nord-Africaines, "l'amibien chronique est un être geignard, aboulique, frileux, constamment fatigué, constamment à se plaindre, violent par crise. Il maigrit parce qu'il n'ose pas manger par crainte de coliques et de diarrhée. C'est un pessimiste qui poursuit son médecin pour lui raconter avec un grand luxe de détails comment il a mal au ventre, il décrit minutieusement le nombre de ses selles, leur rythme, leur consistance et leur aspect. La diarrhée souvent post-prandiale, déclenchée par le froid, un écart de régime, devient une véritable obsession d'autant qu'elle peut provoquer des hémorroïdes, des fissures, du prurit anal, qui fatiguent et démoralisent le malade. Les amibiens sont vraiment des gens qui sentent et vivent avec leur ventre" (DANA & CORCOS).

Il semble, par ailleurs, exister une prédisposition constitutionnelle de certains sujets à l'égard de ces troubles. Pour BLANC &

SIGUIER, on a l'impression que chez toute une catégorie de malades, longilignes, pâles, asthéniques, l'amibiase n'a été que le prétexte, l'occasion d'extérioriser ce riche cortège. "C'est une notion qui n'est pas sans importance lorsqu'on connaît les surprises que réserve parfois l'analyse psycho-somatique des colitiques non amibiens".

MAZAUD et VAGUE ont établi un biotype de l'amibien chronique, en utilisant le morphogramme de Decourt-Doumic et l'indice de différenciation masculine de Vague, l'inventaire de personnalité du Minnesota, et enfin les tracés électro-encéphalographiques. Leurs recherches ont porté sur 50 militaires amibiens chroniques, et ont révélé une nette diminution de la différenciation masculine, un degré important de caractère névrotique, et la fréquence des altérations mineures de l'électro-encéphalogramme. Cet ensemble traduit probablement une prédisposition constitutionnelle à la chronicité de l'amibiase.

Ainsi, lorsque nous tentons d'interpréter la fréquence et l'importance des manifestations neuropsychiques de la dysenterie amibienne chronique chez le travailleur Algérien en France, nous trouvons réuni plusieurs facteurs circonstanciels qui chacun va favoriser cette particulière réaction :

la nature, semble-t-il, de l'amibiase algérienne ;
le terrain constitutionnel et mental du Nord-Africain qui dans son propre pays semble déjà donner lieu à ce type de manifestations avec une fréquence élevée, de l'ordre de 50 p.cent, ce qui n'est nullement le cas pour les formes autochtones de la parasitose, les circonstances liées à la transplantation

de l'Algérien en France, climat et conditions de vie défavorables, isolement par séparation d'avec la femme et les enfants ;

conditions liées actuellement à des facteurs politiques dont nous avons vu les incidences en particulier dans notre observation X.

- IV -

LES FORMES NEURO-VEGETATIVES DE L'AMIBIASE
INTESTINALE CHRONIQUE

-:-

Nous reprenons ici l'expression classique de "formes neuro-végétatives" de l'amibiase intestinale chronique, parce que nous avons été frappé de l'identité de leur description avec ce que nous avons nous-même observé chez nos dix malades. Pourtant dans nos cas, les expressions psychiques, voire psychiatriques de ces phénomènes ont été plus accentuées que dans les schémas courants.

o°o

Les signes généraux : avant tout, il s'agit d'amaigrissement, que l'on ne peut séparer de l'asthénie. CATTAN parle d'une perte pondérale de 7 à 8 kg en quelques mois, et sans rapport avec le régime alimentaire, avec les troubles intestinaux qui peuvent encore être discrets, ou absents. On pense à la tuberculose, à un cancer, infirmés par les examens. On recherche un diabète, une hyperthyroïdie, en faveur de laquelle plaide parfois la dystonie neuro-vegetative. Les amibiens traités au Lugol ne sont pas rares. La coexistence d'une hypotension artérielle a fait parfois penser à une insuffisance surrénalienne. L'amaigrissement ne manque

jamais dans nos observations :
il atteint 10 kg en deux mois dans le cas II.
L'amaigrissement isolé égare le diagnostic.
Mais souvent il figure au milieu de troubles digestifs, souvent vagues, qui expriment l'amibiase, ou en sont les séquelles. On redoute un ulcère, un cancer digestif, on multiplie les examens, les analyses, les radiographies. L'amibien présente fréquemment une gastrite, et l'ulcère gastro-duodénal est chez lui trois fois plus fréquent que chez les sujets non parasités.

L'asthénie jumelée avec l'amaigrissement est représentée par une fatigue présente dès le réveil, un découragement aussi moral que physique, qui, en s'accroissant, donnera facilement un état dépressif, que nous avons constaté dans la totalité de nos cas.

L'hypotension artérielle modérée avec des maxima entre 9 et 11, est très fréquente ; permanente, elle s'accroît encore au cours des exacerbations colitiques. Elle rend compte de l'accentuation post-prandiale de l'asthénie, avec besoin de sommeil, réveils lourds et pénibles, céphalées occipitales ne cédant à aucun analgésique.

Les malades signalent des vertiges, des lipothymies, parfois même de véritables syncopes, des éblouissements aussi BLANC & SIGUIER parlent d'une forme clinique vertigineuse de l'amibiase, frappant surtout les femmes ; les malades se plaignent de tout sentir tourner autour d'elles, d'être obligées de s'adosser à un mur pour ne pas tomber. Les vertiges se situent, en particulier en fin de repas, en fin d'après-midi, et comportent une sensation d'obnubilation, avec sifflement d'oreille, visions colorées, impression de vide cérébral, de trou dans la pensée. Un degré de plus, et

c'est la lipothymie, l'état se prolonge, les manifestations cérébrales sont plus tenaces, plus intenses aussi, le malade éprouve une sensation de mort imminente, et la répétition des accès entraîne un état d'angoisse permanent. Il est rare que la syncope survienne, brutale.

Exceptionnellement, on a vu survenir des crises convulsives, des absences. Peut-être faut-il rattacher à ce syndrome neuro-végétatif les formes fébriles de l'amibiase, que la fièvre, très élevée, demeure isolée, ou qu'elle prenne place dans un syndrome de dystonie neurovégétative, avec amaigrissement important.

Les troubles psychiques connaissent des degrés et des expressions variables. BLANC & SIGUIER parlent d'agoraphobie, les malades craignent de traverser la rue seuls. Ils ne se sentent en sécurité que chez eux, ne sortent qu'accompagnés. Ce qu'ils expliquent par leur état physique, par la crainte d'une syncope. CATTAN a vu souvent un état d'aboulie s'accompagner d'irritabilité, qui prend alors le pas sur les autres symptômes. L'amibien se présente alors comme un coléreux, un nerveux, un inquiet, un anxieux, sans que cette irritabilité fasse disparaître pour autant l'asthénie et l'anxiété.

Dans nos propres observations, l'asthénie a été constante ; mais nous trouvons une tendance dépressive nette dans les cas I, III et IV, dans le cas V aussi, un état d'apathie, d'indifférence dans le cas II, une tendance revendicative dans le cas VI, une tendance hypocondriaque dans le cas VII, dans le cas VIII, des troubles psychiques caractérisés dans les cas IX et X, ce dernier ayant présenté une tendance délirante et un délire à type de persécution.

A. LAQUECHE a décrit quatre cas d'amibiase intestinale chronique avec céphalées graves ayant entraîné des erreurs de diagnostic : deux fois méningite tuberculeuse, deux fois tumeur cérébrale.

Les troubles fonctionnels de l'électro-
cardiogramme ont été fréquemment constatés, le malade venant consulter pour des palpitations, une dyspnée d'effort, des algies précordiales. Les tachycardies simples, banales et fréquentes chez l'Amibien apparaissent quelques heures après la digestion. L'ECG ne révèle qu'une accélération du rythme, sans aucune organicité. Des tachycardies paroxystiques post-prandiales, des extra-systoles également rythmées par les repas, prennent place dans un tableau digestif avec éructations, ballonnement, pesanteur épigastrique. Une bradycardie permanente peut servir de fond à ces tachycardies paroxystiques. Même en cas de palpitations, d'algies précordiales, l'examen cardiologique reste négatif. CALO, GELIN et LEBON, CURVEILLE, refusent tout substratum organique au syndrome cardiaque de l'amibiase. BLANC & SIGUIER et CURVEILLE et ses collaborateurs, tout en reconnaissant le caractère habituellement fonctionnel de ces manifestations, rappellent l'existence de péricardites et de myocardites amibiennes. Mais même dans ce cas, le traitement spécifique amnebicide est efficace.

o°o

Les syndromes abdominaux enfin ne sont pas toujours ni tous strictement évocateurs d'amibiase ; dans les formes neurovégétatives Nord-Africaines qu'il a étudiées, R.CATTAN souligne la rareté des antécédents vraiment

dysentériques, présents dans 7 p.cent des cas. Il y a bien eu des anamnétiques de diarrhée plus ou moins banale, épisodique, de régression spontanée. Les cinq ou six selles quotidiennes, molles, liquides, glaireuses, sanglantes, qui marquent la dysenterie amibienne, sont loin d'être présentes. Ces selles peuvent être émises sans coliques, sans douleurs. CATTAN encore constate dans 20 p.cent des cas l'absence d'anomalie fécale, et dans 11 p.cent des cas, une constipation opiniâtre. Nous avons retrouvé cette constipation opiniâtre dans nos cas I, III, VII, VIII et IX.

Une douleur de la fosse iliaque gauche a été trouvée par nous dans les cas IX et II, ce dernier avec rectorragies. Les douleurs occupaient la fosse iliaque droite dans le cas VII, les deux fosses dans le cas VIII ; il s'agissait de douleurs abdominales vagues, diffuses, dans les cas IV et V. Enfin une alternance de constipation et de diarrhée douloureuse a été notée dans le cas VI.

On comprend toutes les difficultés d'un diagnostic étiologique basé sur une symptomatologie fonctionnelle et des douleurs abdominales de localisation et d'intensité si variables. Le syndrome douloureux lui-même semble le plus souvent appartenir à la symptomatologie neuro-végétative responsable des signes généraux et fonctionnels que nous venons d'énumérer. Certes, l'amibiase intestinale chronique donne lieu à des lésions organiques susceptibles de créer une symptomatologie nette ; mais il s'y ajoute certainement des retentissements psychosomatiques qui majoraient nettement ces expressions proprement digestives de la parasitose.

Dans les pages qui vont terminer notre travail, nous allons essayer d'expliquer, par les diverses théories proposées en médecine psychosomatique abdominale en général, dans les syndromes neurovégétatifs, neuro-psychiques amibiens, la nature de ces multiples expressions de la parasitose.

- V -

PHYSIOPATHOGENIE

--

Les malades auxquels nous avons eu affaire sont vraisemblablement des amibiens atteints de longue date, avant leur arrivée en France, et chez qui la maladie s'est plus ou moins assoupie, pour devenir soit chronique à bas bruit, soit latente avec des réveils auxquels il nous a été donné d'assister. En effet, la guérison complète et définitive de l'amibiase intestinale de première atteinte, si elle peut être escomptée en France, est vraisemblablement très rare en milieu Nord-Africain, où le traitement a rarement été suffisamment et correctement appliqué, où les conditions d'hygiène sont mauvaises, et où, surtout, sévit la réinfestation. Il n'y a malheureusement aucune raison pour que ces circonstances favorisant la perpétuation de l'amibiase ne se retrouvent pas en milieu Nord-Africain transplanté en France. La guérison apparente, l'amibiase latente, semblent être les conditions optima de l'évolution de l'amibiase chez l'Algérien. Des guérisons apparentes peuvent par ailleurs comporter des séquelles qui rendent compte de la symptomatologie de l'amibiase chronique : douleurs abdominales diffuses, selles qui peuvent ne pas être nombreuses mais marquer le réveil et les repas ; émission pendant quelques jours de selles muco-sanglantes ou séro-sanglantes typiques, dans lesquelles l'examen coprologique met en évidence d'abondantes amibes ;

altération de l'état général, ce qui n'a pas lieu dans l'amibiase intestinale de première atteinte, avec amaigrissement, plusieurs kilogrammes rapidement perdus, avec asthénie considérable, essoufflement au moindre effort, sueurs faciles, tachycardie, hypotension artérielle ; déshydratation, facies particulier, avec pâleur, cernes bistres péri-oculaires. Nous retrouvons bien là toutes les particularités de nos observations que nous pouvons sans hésitation diagnostiquer : amibiase intestinale chronique.

Nous voudrions par ailleurs insister sur le rôle de l'infection microbienne associée, surinfection colique, qui aggrave l'évolution et contrarie la thérapeutique. On comprend que des infestations renouvelées, les mutations d'une flore microbienne intestinale très riche, majorent vraisemblablement les rechutes.

Tout ce conjugue donc, nature de l'infestation, nature du terrain sur lequel elle s'exerce, pour donner à l'amibiase du Nord-Africain en France ses caractères particuliers. En ce qui concerne le syndrome neuropsychique, essayons de lui trouver une explication pathogénique, en discutant les théories, mécanique, réflexe, toxique, allergique, thérapeutique enfin.

° ° °

Théorie mécanique - Le déséquilibre vago-sympathique à point de départ abdominal a été maintes fois évoqué en médecine psychosomatique. Les défenseurs de la théorie mécanique invoquent la compression exercée par les organes digestifs pathologiques, siège

de néoformations tumorales, sur les centres nerveux et les viscères de voisinage, avec retentissement en particulier sur le rythme cardiaque, compression de la veine cave inférieure, de la veine cave supérieure secondairement, troubles de l'hématose, entraînant la rougeur de la face, les céphalées, vertiges et bourdonnement d'oreille et à l'extrême, troubles de l'irrigation cérébrale.

Théorie réflexe - STOKES l'avait invoquée pour expliquer le retentissement, par voie nerveuse, des affections gastriques sur le rythme cardiaque. POTAIN expliquait les crises soudaines de répercussion à distance d'un viscère sur un autre viscère, le réflexe partant de la muqueuse digestive se réfléchissant sur le système vago-sympathique pour s'exprimer au niveau de l'innervation d'un autre organe à distance. ARLOING a montré expérimentalement chez le Chien que des excitations électriques gastriques provoquent une hypertension artérielle pulmonaire, une tachycardie, des extra-systoles, une dyspnée, avec dilatation du coeur droit. GUTMANN a établi l'existence d'une bradycardie réflexe à point de départ appendiculaire. Estomac, intestin, sont très réflexogènes, à partir de leur riche innervation vagosympathique ; bien des états pathologiques digestifs vont donc être le point de départ d'un arc réflexe, établi selon le coefficient réactionnel de l'individu (LAIGNEL-LAVASTINE). L'équilibre neurovégétatif connaît de perpétuelles oscillations qui, dans les circonstances normales, se rétablissent par régulation spontanée. Mais si le déséquilibre persiste, ne se redresse pas, alors c'est la dystonie neurovégétative pathologique qui s'instaure, favorisée par le terrain névropathique sur lequel elle s'exerce. Certes, sur le plan physiologique pur il n'est pas facile de préciser la part jouée dans le

fonctionnement digestif par les différents segments du système nerveux abdominal, ce "véritable cerveau abdominal" responsable de phénomènes de répercussion à distance. On admet que le plexus solaire est à la fois :

vasoconstricteur,
sécréteur,
moteur,

vis-à-vis de l'intestin, de l'estomac, du foie, du pancréas, alors que les plexus mésentériques et hypogastriques sont essentiellement à effet vasoconstricteurs sur le côlon. Le système qui innerve le tractus digestif n'agit pas que localement mais ses effets s'étendent à d'autres étages du système nerveux. LOEPER a montré que l'irritation du plexus solaire entraînait des troubles relevant de la sphère du sympathique et du pneumogastrique, troubles cardiaques, oculaires, tensionnels, cardiaques, respiratoires, circulatoires, avec agitation, tremblement, etc... Anatomiquement, ces perturbations neurofonctionnelles peuvent avoir un substratum précis, inflammation, infection, ulcération chronique du côlon, ce qui est particulièrement vrai dans le cas de l'amibiase : ulcérations profondes et tenaces, nécroses pouvant gagner la séreuse, les lymphatiques. Les terminaisons neurovégétatives seront en contact avec le chyle, subiront les effets des variations du chimisme digestif, sous la forme d'excitations fortes et continues. L'arc réflexe alors se déclenche, et selon la prédominance sympathique ou parasympathique de l'atteinte, selon l'importance du terrain névropathique, vont apparaître les éléments qui précisément caractérisent les formes dites neurovégétatives de l'amibiase :

troubles cardiaques purement fonctionnels, asthénie, amaigrissement, vertiges, lipothymies, voire syncopes, et à l'extrême, état anxieux, dépressif, dérivant à la fois d'une fragilité psychique, et de la succession des atteintes somatiques.

Théorie toxique - L'amibiase proprement dite, mais peut-être plus encore la surinfection qui lui est si fréquemment associée (notre observation II) rendent compte d'un état toxi-infectieux susceptible à son tour de s'exprimer par des phénomènes neurovégétatifs, voire neuropsychiques.

Des agressions toxiques s'exercent, au niveau de la muqueuse digestive lésée par des germes saprophytes ou pathogènes, sur les riches terminaisons nerveuses de la muqueuse digestive lésée par l'infection chronique. Des manifestations neurologiques, voire centrales, ont été observées dans bien d'autres états infectieux, mais qui généralement évoluent sur le mode aigu. Ici, il y a impregnation toxinique permanente qui peut contribuer à la fragilité neurologique du sujet amibien. Nous avons dit plus haut que ce type de malade présentait un profil psychologique très particulier. On comprend qu'à l'extrême, ce profil devienne nettement psychiatrique.

Théorie allergique - Pour certains auteurs, elle se confond avec la théorie toxique, puisque les agressions toxiques renouvelées pourraient créer un état de sensibilisation, le point de départ étant aussi bien les amibes et les phénomènes de putréfaction qu'elles entraînent, que les fermentations et la pullulation microbienne de surinfection. LOEPPER,

TURPIN, ont pu constater des lésions névritiques au niveau des ramifications vagues intestinales au cours des infections éberthiennes, grippales. Pour que la toxine gagne les filets nerveux, il faut que la muqueuse digestive soit altérée, congestionnée, dépourvue de ses moyens de protection naturelle. Des agressions renouvelées peuvent créer un état de sensibilisation, et les réponses extra-intestinales de certaines parasitoses sont apparues comme de nature indéniablement allergique. En est-il de même lors de l'amibiase ? SIGALAS et PAUTRIZEL étudiant les manifestations allergiques des parasitoses tropicales, les considèrent comme la conséquence de la défense de l'hôte contre la libération par le parasite de substances variées, qui, comme toute substance étrangère à l'organisme humain, déclenchent la formation de globulines particulières, les anticorps. La manifestation anaphylactique résulte du conflit, local ou général, entre ces anticorps élaborés au cours de l'évolution de la parasitose, et les substances antigéniques déversées dans l'organisme en quantité convenable, mais l'organisme doit présenter en outre les conditions requises pour que la manifestation puisse s'épanouir.

La sensibilité anaphylactique aux produits d'origine parasitaire peut se traduire par des réactions allergiques soit précoces, soit tardives, d'intensité variable, et atteignant les différents tissus et organes. Mais pour que la réalité de ces réponses allergiques soit affirmée dans l'amibiase, comme on les a établies dans les leishmanioses, les helminthiases il faudrait isoler un antigène de l'amibe, effectuer des tests cutanés à partir des extraits antigéniques obtenus. Jusqu'ici on n'a pas pu réaliser de

culture pure d'amibes, mais seulement de cultures comprenant des germes associés, correspondant à ceux de la flore intestinale d'accompagnement. Aussi les tests ne donnent pas de spécificité absolue, bien que REIN ait réussi par des tests cutanés à établir la réalité de formation d'anticorps au cours de l'amibiase.

Rôle de l'émétine - Amoebicide, hémostatique, agissant sur la fibre lisse intestinale, l'émétine possède en outre une action neuro-végétative, à type vagotonique : elle est hypotensive, et ralentit le rythme cardiaque. L'émétine n'est pas dépourvue de neurotoxocité, et l'on connaît les polynévrites frappant surtout les sciatiques, les nerfs moteurs du plexus cervical, le système herveux intracardiaque. Pourtant, les manifestations neurologiques constatées dans certaines amibiases chroniques sont totalement différentes des accidents thérapeutiques émétiniens : atteinte des muscles de la nuque, polynévrites des membres inférieurs, paralysies du plexus brachial. Toutefois, nous avons été frappé par l'existence d'accidents inhabituels de l'émétine : accidents par atteinte du système nerveux central, avec manifestations paralytiques, troubles des réflexes, troubles sphinctériens, douleurs violentes des membres ; mais surtout, manifestations neurologiques aberrantes, et atteinte des organes des sens.

Ces accidents diffèrent pourtant de ceux qui constituent les syndromes neuropsychiques de la dysenterie amibienne chronique, et surtout, dans nos observations le déroulement chronologique des faits ne parle pas en faveur de la responsabilité du traitement émétinien : absence habituelle de traitement antérieur, présence des troubles neuropsychiques avant la mise en oeuvre de la cure d'émé-

tine, celle-ci améliorant le plus souvent les manifestations.

Il reste que pour expliquer le syndrome neuropsychique des amibiens Nord-Africains en France, on ne peut évoquer que :

- la nature même de l'amibiase importée ;
- le terrain particulièrement favorable sur lequel elle évolue ;
- les circonstances propres au travailleur Algérien en France.

- VI -

CONCLUSIONS

-:-

I - Sur vingt observations de dysenterie amibienne chronique diagnostiquée chez des travailleurs Nord-Africains en France, dix comportaient un syndrome neuropsychique particulièrement accusé, allant de l'asthénie et de l'état dépressif à l'hypocondrie et à l'état subdélirant.

II - Cette symptomatologie neuropsychique est beaucoup plus fréquente et beaucoup plus accusée dans les amibiases nord-africaines que dans les formes autochtones. Il semble qu'on doive incriminer :

- les éléments propres au type même de la maladie amibienne ;
- le rôle favorisant d'un terrain particulier au Nord-Africain ;
- les circonstances particulières à la vie du Nord-Africain en métropole.

III - Les cas que nous avons observés se placent dans les formes dites neurovégétatives de l'amibiase intestinale chronique. La symptomatologie est pratiquement uniforme :

signes généraux : amaigrissement, asthénie ;
signes fonctionnels : vertiges, lipothymie,
voire syncopes, parfois fièvre, troubles du
rythme cardiaque sans substratum organique ;
algies diverses, céphalées ;
troubles psychiques enfin, apathie, hypocondrie,
délire parfois ;
signes abdominaux : souvent peu marqués,
généralement atypiques sous forme de douleurs
abdominales diffuses, ou localisées à l'une
des fosses iliaques, syndromes pseudo-appen-
diculaires, pseudo-vésiculaires, enfin diar-
rhée discrète ou importante, mais aussi cons-
tipation.

IV - Pour expliquer ces manifestations neuro-
psychiques de l'amibiase intestinale
chronique, on a pu faire intervenir :

la théorie mécanique, compression à partir
des organes abdominaux atteints par des néo-
formations tumorales (amoebomes)

la théorie réflexe, avec retentissement à
distance ;

la théorie toxique, amibes et flore pathogène
intestinale intervenant également ;

la théorie allergique enfin.

La responsabilité de l'émétine, neurotoxique,
ne semble pas devoir être retenue.

V - Ces formes d'amibiase qui s'avèrent fré-
quentes, doivent être connues si l'on
veut éviter des erreurs de diagnostic et
d'inutiles traitements, tant médicaux que
chirurgicaux.

Vu :
Le Président :
Signé : GGALLIARD

Vu :
Le Doyen :
Signé : BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
Signé : J. H.

- VII -

BIBLIOGRAPHIE

-:-

F. BLANC, L.A. BORDES

Les maladies exotiques dans la pratique
médicale des pays tempérés.
8° Paris 1938 200 pp.

F. BLANC, F. SIGUIER, DUTRENIT

Les difficultés d'interprétation de
certaines réactions douloureuses d'al-
lure péritonéale en milieu tropical.
Arch. Méd. Gén. Colon. 1945-1946

F. BLANC, F. SIGUIER, DUTRENIT

Contribution à l'étude des accidents
nerveux survenus au cours du traitement
émétinien.
Arch. Méd. Gén. Colon. n°4 sept. 1946

F. BLANC, F. SIGUIER

L'Amibiase.
8° Paris 1950 Exp. Sc. Fr. 634 pp

A. CALO

Les formes pseudo-cardiaques de l'ami-
biase.
Journ. Méd. Tunisie 13-20 avril 1946

P. CARNOT

Fausse appendicite et appendicite
vraie au cours de l'amibiase.
Journal des Praticiens 14 avril 1928

R. CATTAN

Importance des symptômes neurovégétatifs
dans l'amibiase chronique.

Presse Méd. LVII pages 455-456

25 avril 1945

CINTRA do PRADO, FIGLIONI

Les formes cliniques de l'amibiase 1947
cité par F. BLANC & SIGUIER.

P. COLLARD, D. KENDALL

Cerebral amebiasis treated with emetine
Lancet II page 17 1947

H. CONSTANTINI

Caractères de l'amibiase en Algérie.

Presse Méd. LVIII page 326 18 mai 1946

COUMEL, MOLINIERI, RESCASSIERES

Les manifestations gastro-duodénales
dans l'amibiase.

Soc. Gastro-entérol. séance du 10 mai
1948 in Arch. mal. app. dig. 1948

R. CROSNIER

Les accidents nerveux de la comessino-
thérapie.

Presse Méd. LVII page 1107, 30 nov. 1949

J. CURVEILLE, F. PLAS, M. DARCY

Modifications pathologiques de l'élec-
trocardiogramme au cours de l'amibiase.

Presse Méd. LXIV pages 2134-2136

22 déc. 1956

R. DANA, A. CORCOS

Formes cliniques de l'amibiase en
Tunisie.

Journées Méd. Tunisiennes 13-20 avril
1946, 8° Exp. Sc. Fr. Paris.

P. DAVIDOVITCH

La forme neuro-végétative de l'amibiase intestinale.

Soc. Méd. Chir. Toulouse séance du 16 déc. 1958, in Toulouse Méd. 1959

H. GAEHLINGER

La dysenterie amibienne, maladie d'association microbienne et parasitaire. Bruxelles Méd. 5 juin 1949

H.D. GROFF

Chronic intestinal upsets due to amebiasis.

Delaware State Med. Journ. XX page 116 1948

L. HAIDOUDOFF

Syndrome appendiculaire dans l'amibiase chronique latente.

Thèse de Paris 1930

J.E. KRIEF

Les formes neurovégétatives de l'amibiase intestinale chronique.

Thèse de Paris dactyl. série II 1947, 64 pp.

A. LAQUECHE

Les formes neurovégétatives de l'amibiase. A propos de quatre observations de formes céphalalgiques graves.

Thèse de Bordeaux 1950-1951, 43 pp.

A. LAVIGNOLLES

Le syndrome neuro-végétatif, forme camouflée de l'amibiase intestinale chronique.

Concours Médical 2 juin 1951

R. MAZAUD, J. VAGUE, M. TEITELBAUM, R. SIGNORET
Essai d'étude analytique du terrain chez cinquante amibiens chroniques.

Société de Gastro-entérologie Littoral Méditerranéen, séance du 1er fév. 1959

MOLINIERI

Aspects cliniques, diagnostic et traitement de l'amibiase en France.
Revue Service de Santé IV pages 191-228 1948

K.J. NIKLY

Amibiase intestinale chronique, manifestations extra-digestives.
Thèse de Paris 1947

M. RAYMOND

Les syndromes de fausse angine de poitrine et lipothymiques au cours de l'amibiase.
Progrès Méd. page 1213 28 août 1937.

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
I - Introduction	15
II- Observations	21
III - Circonstances étiologiques particulières à nos observations	35
IV - Les formes neurovégétatives de l'amibiase intestinale chroni- que	43
V - Physiopathogénie	49
VI - Conclusions	57
VII - Bibliographie	59

SERMENT

--:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

--:-

